

ENDOSKOPIK BİYOPSİ İLE T HÜCRELİ GASTRİK LENFOMA TANISI ALMIŞ BİR VAKA

A Case of T-Cell Gastric Lymphoma Diagnosed by Endoscopic Biopsy

*Metin İlhan*¹

ÖZET

Gastrik lenfomanın erken dönem belirtileri çok siliktir. Erken tanı ve tedavide 5 yıllık yaşam şansı yüksektir. Gastrik lenfoma tüm mide tümörlerinin %3'nü oluşturur. Bu tümörlerin büyük bir kısmı(%90) B hücrelidir. T hücreli lenfoma çok nadir görülmekle beraber erken tanı zordur. Bu çalışmanın amacı endoskopik biyopsi ile tanı koyduğumuz T hücreli gastrik lenfomalı bir vakayı sunmaktır.

Anahtar kelimeler: gastrik lenfoma, tanı, endoskopik biyopsi.

SUMMARY

The early sign of gastric lymphoma is very unclear. In case of early diagnosis and treatment, five-year survival rate is higher. Gastric lymphoma is 3% of all the stomach tumours. Most of those tumours (90%) has B-cell. It is very rare and is difficult to diagnose early. This study aims to explain a case of T-cell gastric lymphoma diagnosed by endoscopic biopsy.

Keywords: gastric lymphoma, diagnosis, endoscopic biopsy.

Gönderilme tarihi: 10.11.2017; Kabul edilme tarihi: 8.12.2017

¹ Yard. Doç. Dr., Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Kırşehir

Sorumlu Yazar: Metin İlhan ruyabatu@hotmail.com

GİRİŞ

Lenfomalar lenforetiküler sistemin malign tümörleridir. Hodgkin ve nonHodgkin olarak iki ana grupta incelenir. Etiyolojisi tam bilinmemektedir. Maligniteye bağlı ölümler arasında beşinci sırada yer alır.¹ Bütün nonHodgkin lenfomaların %4-12'ni primer extranodal, lenfomaların ise %40-50'sini primer gastrointestinal lenfomalar oluşturur.² Türkiye'de mide lenfoması %51 oranında görülmektedir ve midenin özellikle distal kısmını tutar. Antrum en sık tutulan yerdir.³ Gastrointestinal lenfomalarda belirgin bir klinik bulgu yoktur. En sık görülen semptomlar karın ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı-kusma, yutma güçlüğü, gastrointestinal kanama ve ateştir.¹ Primer gastrik lenfoma her yaşta görülebilir. Ancak en sık 60-70 yaşlarında görülür, erkeklerde daha sıktır.³

Primer gastrik lenfomalarda lezyon genellikle büyük boyuttadır. Ortalama tümör çapı yaklaşık 1-2 cm civarındadır.³ Hastaların büyük bir kısmı evre II-III'de doktora başvurmaktadır.⁴ Evre I'de doktora başvurma oranı yüzde %20 kadardır. Tanı anında serozal tutulum ve lenf bezi tutulumu vardır.⁵

Primer gastrik lenfoma bütün primer gastrik malignitelerin yaklaşık %2-8'ni meydana getirir. Yapılan son çalışmalar gastrik lenfomaların insidansında gittikçe artış göstermektedir. Gastrik lenfomaların büyük bir çoğunluğu nonHodgkin lenfomalardır, bunların büyük bir kısmı B hücrelidir. Primer T hücreli gastrik lenfoma çok çok nadirdir.⁶ Endoskopik biyopsi ile tanı konulur.⁷ Biz nadir görülen T hücreli gastrik lenfoma olgusunu sunduk.

OLGU

45 yaşında kadın hasta; bilinen diabetes mellitus Tip 2 tanısı olan ve insülin kullanan hastada onbeş gündür öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayeti olmuş. Hastanemiz göğüs hastalıkları doktorları tarafından akut bronşit tanısı konulmuş ve bronkodilatör, antibiyotik tedavisi başlanmış. Şikayetleri geçmeyen ve evde kötüleşen hasta dahiliye servisimize anemi gastrointestinal sistem kanaması ön tanısıyla yatırıldı.

Özgeçmişinde hipertansiyonu ve Tip 2 diabetes mellitus tanısı mevcuttu. Soy geçmişinde kız kardeşinin de meme kanseri olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde; şuur açık koopere, genel durum kötü. Solunum sistemi muayenesinde ronküsler, raller ve wheezing mevcuttu. Dolaşım sistemi muayenesinde taşikardisi, ikinci dereceden sistolik üfürümü vardı. Gastrointestinal sistem muayenesinde epigastriyumu hassastı, hepatosplenomegalisi yoktu. Pretibial ödemi iki pozitif. Rektal tuşede melana tespit edilmedi.

Hastanın laboratuvar bulgularında beyaz küre: 14000 uL, hemoglobin: 8,4 g/dl, hematokrit: %27, sedim: 47 mm/s, üre: 41 mg/dl, kreatinin: 1,3 mg/dl, total bilirubin: 1,1 mg/dl, direkt bilirubin: 0,9 mg/dl, gaitada gizli kanı üç pozitif tespit edildi. Tüm batin ultrasonografide karaciğerde birinci dereceden yağlanma dışında patolojik bulgu yoktu. Toraks tomografisinde akciğer hilusunda patolojik düzeyde lenfadenopati mevcuttu. Tümör markerleri normal düzeyde, hepatit testleri negatif. Hasta bu haliyle dahiliye servisine yatırıldı. dört ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı. Hemoglobini 10g/dl üzerine çıkarılmadı. Kan kaybı devam etti. Solunum zorluğu nedeniyle endoskopisi yapılamadı. Hasta mide kanseri şüphesiyle, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji bölümüne sevkii uygun görüldü.

Gittiği hastanede endoskopisi yapılan, mideden çok sayıda biyopsi alınan hastaya evre III gastrik T hücreli lenfoma tanısı konulmuş ve kemoterapisine başlanmış.

TARTIŞMA

Gastrik T hücreli lenfoma diğer lenfomalardan çok çok nadir görülmektedir.^{6,7} En önemli tanı metodu üst gastrointestinal sisteminin endoskopik biyopsisidir.⁸ Gastrik lenfomaların tanısı birkaç gün ile altı yıl arasında değişmektedir.⁹ Endoskopi yapılacak hastada, dispeptik şikayetler varsa, endoskopi yapılmaktadır. Dispeptik şikayet tariflemeyen hastalara endoskopisi yapılamayacağından tanısı çok geç konur.

Bizim vakamızda da daha önceleri mide de ağrı, ekşime, yanma ve dolgunluk hissi şikayetleri mevcutmuş. Gittiği hastanelerde şikayetlerinin silik olması nedeniyle endoskopi endikasyonu konulmayıp anti-asit ve proton pompa inhibitörleri ile tedavi edilmeye çalışılmış. Bu yüzden bizim hastamızda tahminen tanı gecikmesi yaşanmış olabilir. Çünkü tanı konulduğunda hastamız evre III T hücreli lenfomaydı. Oysa erken dönemde dispeptik yakınması olan birçok vakada endoskopi yaptıklarını belirten Sackman ve arkadaşları Helicobacter pilorinin eradikasyonun gastrik lenfoma insidansını azalttığını bildirmişlerdir. Helicobacter pilori gastrik lenfomaların etyolojik bir faktörüdür.¹⁰ T hücreli lenfomada erken tanı ve tedavide yani evre I'de tedavi şansı %90'larda iken, ileri evrelerde bu oran %40'lara düşmektedir.¹¹ Puskan ve arkadaşları da Helicobacter pilori eradikasyonun mide lenfoma riskini azalttığını yaptıkları çalışmalarında göstermişlerdir.^{12,13} Oysaki bizim hastamızda daha önceki tedavilerini kontrol ettiğimizde Helicobacter pilori eradikasyonun ait herhangi bir reçete düzenlenmediğini gördük.

Endoskopik biyopsi teşhis ve tedavide bu kadar önemliyken, gastrik lenfomada radyolojik görüntüleme yöntemleri; midenin diğer kanserleri, kronik gastrit ve peptik ulkus ile karışacağı için bize teşhis ve tedavide fayda sağlamaz. Püspak ve arkadaşları gastrik lenfomalı hastaların takibinde endosonografi yöntemini kullanmışlar fakat tanı ve tedavide etkin bir yöntem olarak değerlendirmemişlerdir.¹⁴ Endosonografi ile takip edilen hastaların lezyonlarını endoskopik biyopsi karşılaştırdıklarında, endoskopik biyopsinin bu tür hastaların tanı ve tedavisinde daha anlamlı olduğunu göstermişlerdir. Bizim hastamızda da yapılan birçok tetkiklerde gastrik T hücreli lenfoma tanısı konulamamıştır.

Sonuç olarak gastrik T hücreli lenfoma midenin nadir görülen bir kanseridir. Endoskopik biyopsi tanı ve tedavide çok önemlidir. Klinikte çoğu zaman tanı atlanması yaşanmaktadır. Bu da hastalığın geç evrelerde yakalanmasına neden olmaktadır. Bunun için dispeptik yakınması olan her vaka yakından takip edilmeli, endoskopik biyopsileri mutlaka incelenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1) Calletti G, Barbara L. Gastric Lymphoma: Difficult to diagnose, difficult to stage? Endoscopy 1993;25:528-530.
- 2) Haber DA, Mayer RJ. Primary gastrointestinal lymphoma. Semin Oncol 1988; 15: 154-169.
- 3) Secco GB, Fardelli R., etol. Primer Gastric Lymphoma. Journal of Surgical Oncology. 1993;54:157-162.

- 4) Roggero E, Zucca E, Pinotti G, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* infection in primary low-grade gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. *Ann. Intern. Med.* 1995;122: 767-769.
- 5) Suekane H, Iida M, Yao T, et al. Endoscopic ultrasonography in primary gastric lymphoma: Correlation with endoscopic and histologic findings. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 139-145.
- 6) Parente F, Rizzardini G, Cemuschi M, et al. Non-Hodgkin's lymphoma and AIDS: Frequency of gastrointestinal tract associated with human T-cell lymphoma of the gastrointestinal involvement. in a large Italian series. *Scand. J. Gastroenterol.* 1993;29:315-318.
- 7) Takeshita A, Ashikawa T, Watanuki S et al. Endoscopic and clinicopathological features of primary gastric lymphoma. *Hepatogastroenterology* 1993;40:485-490.
- 8) Radaszkiewicz T, Dragosics B, Bauer P. Gastrointestinal malignant lymphomas of mucosa-associated lymphoid tissue: Factors relevant to prognosis. *Gastroenterology* 1992; 102: 1628-1638.
- 9) Raderer M, Valencak J, Osterreicher C, et al. Chemotherapy for the treatment of patients with primary high grade gastric B cell lymphoma of modified Ann Arbor Stages IE and IIE. *Cancer* 2000;88:979-985.
- 10) Sackmann M, Morgner A, Rudolph B, et al. Regression of gastric MALT lymphoma after eradication of *Helicobacter pylori* is predicted by endosonographic staging. MALT Lymphoma Study Group. *Gastroenterology* 1997; 113: 1087-1090.
- 11) Reeman C, Berg JW, Cutler SJ, et al. Occurrence and prognosis of extra nodal lymphomas. *Cancer* 1972;29:252-260.
- 12) Ruskone-Fourmestraux A, Lavergne A, Aegerter PH, et al. Predictive factors for regression of gastric MALT lymphoma after *Helicobacter pylori* treatment. *Gut* 2001; 48: 297-303.
- 13) Bayerdorffer E, Neubauer A, Rudolph B, et al. Regression of primary gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after cure of *Helicobacter pylori* infection. *Lancet* 1995;345: 1591-1594.
- 14) Püsbök A, Roderer M, Chott A, et al. Endoscopic ultrasound in the follow up response assessment of patients with primary gastric lymphoma. *Gut* 2002;51:691-694.